第21回京都マンモグラフィ講習会（読影部門）受講申込書

**第21回京都マンモグラフィ講習会実行委員会　御中**

2020年2月29日（土）～3月1日（日）に開催される標記講習会の受講を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診希望  講習会部門 | 読影部門（医師部門） | | | 性　別 | 男　　　 　女 |
| ふりがな |  | | ふりがな |  | |
| 氏　　名 |  | | 勤務先名 |  | |
| 勤務先  住所 | 〒（　　　　　）    （TEL　　　　　　　　　　　　　）  （FAX　　　　　　　　　　　　　） | |
| 京都府医師会員 | 会員　　  非会員 | |
| 生年月日 | T・S・H　　年　月　　日（　　　　　歳） | |
| 卒業年度 | 年卒 | Ｅ－ＭＡＩＬ | | ＠ | |
| 自宅住所 | 〒（　　　　　　）  （TEL　　　　　　　　　　　　）  （携帯　　　　　　　　　　　　） | | | 専門科 | 1.外科  2.放射線科  3.産婦人科  4.その他（　　　　　　）科 |
| 受講決定通知書等の送付先 | 勤務先　 　  自宅 | | | 受講待ち回数 | 回 |
| 連絡先 | 勤務先　　  携帯 | | | 講習会受講歴 | 年　　　月  評価（　　　　　　） |
| 受講可能となった場合のMLO一組提出について  （○で囲む） | CD-ROM（事前送付）　　または　　フィルム（当日持参） | | | | |
| MMG経験症例 | なし　　100例以下　 100～500例　  500～1000例　  1000例以上 | | | | |
| モニタ診断の経験 | なし　　　　　　　　　　　  あり | | | | |
| 学会会員 | 日本乳癌学会　　　  日本乳癌検診学会　　　  日本放射線技術学会 | | | | |
| 備考欄 |  | | | | |

申込先：〒６０４－８５８５京都市中京区西ノ京東栂尾町６　京都府医師会地域医療２課

**ＦＡＸ　０７５－３５４－６０９７**